Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza.

# O CIĘCIU CESARSKIÉM

WYKONANÉM

# NA KARLICY WEDŁUG METODY PORRY

PODAŁ

DR. STANISŁAW BRAUN
I-SZY ASYSTENT KLINIKI POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNÉJ UNIW. JAG.

BIBLIOTH. UNIV. JAGELLONICAE

KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1888.

Medyc. 3201. b.

45919
II

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1888, Nr. 2, 4 i 5.

Biblioteka Jagiellońska
1002929530

Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Madurowicza.

# O cięciu cesarskiém wykonaném na karlicy według metody Porry.

Podał

Dr. Stanisław Braun,
I-szy asystent tejże kliniki.

W ciągu ostatnich lat dwudziestu pięciu wykonano w klinice prof. Dra Madurowicza obok rozlicznych operacyj położniczych dwa razy cięcie cesarskie na kobietach żywych. Po raz pierwszy rozwiązano kobietę tą drogą sztuczną w r. 1870 (*Przegląd Lekarski*, 1870, Nr. 20, 21, 22, 24), gdy płód nie mógł się urodzić drogą naturalną z powodu znacznego zwężenia miednicy przez nerwiak wychodzący z nerwu kulszowego prawego niedający się wysunąć do jamy brzusznéj, gdyż był ściśle zrośnięty ze ścianami miednicy i wypełniał tę ostatnią zupełnie. Wtedyto dokonano cięcia cesarskiego według metody staréj, to jest po otwarciu jamy brzusznéj i jamy macicy wydobyto płód i popłód, poczém nad macicą niezeszytą w ranie zeszyto powłoki brzuszne. Płód urodził się lekko omdlały i został wkrótce docucony; matka zaś umarła trzeciego dnia po operacyi z powodu krwotoku z macicy do jamy brzusznéj i zapalenia otrzewny. Zresztą

zdarzały się tylko przypadki cięcia cesarskiego dokonywanego po śmierci matki dla uratowania płodu, aż dopiero z końcem listopada 1887 r. nastręczyła się sposobność dokonania cięcia cesarskiego po raz drugi na kobiecie żywéj, któryto przypadek czytelnikom poniżéj przedstawić sobie pozwolę.

Dnia 28 listopada 1887 r. zgłosiła się do kliniki prof. Madurowicza Zofija K., lat 36 licząca, niezamężna, rodem z Rudawy, a od dłuższego czasu w Krakowie zamieszkała z podaniem, że nigdy nie rodziła ani nie roniła, regularność pierwszy raz w jéj życiu wystąpiła w dwudziestym roku i powtarzała się w regularnych odstępach czasu czterotygodniowych, trwając 3—4 dni, przyczém nie doznawała żadnych boleści, ani téż odpływ nie był zbyt obfity. Ostatnia regularność była w lutym r. 1887, pierwsze ruchy płodowe poczuła w połowie lipca. Przez cały przeciąg czasu od lutego, oprócz kaszlu, czuła się zupełnie zdrową, aż dopiero od dwóch dni doznaje pod wieczór boleści w krzyżach i w dolnéj połowie brzucha. Mocz i stolce oddawała zawsze prawidłowo. Bliższe badanie wykazało stan jéj następujący:

Osoba wzrostu karłowatego, długość ciała od szczytu głowy do pięt wynosi 120cm. Obrzmienia surowiczego około kostek nie ma, końce kości podudzia znacznie zgrubiałe, podudzia oba na zewnątrz wygięte, na żebrach w miejscu przyczepienia się chrząstek różańcowate zgrubienia, mostek w części środkowéj mocno ku przodowi wystający, włosy brunatne, guzy czołowe wybitne, czoło szerokie, nos spłaszczony, wyraz twarzy właściwy matołkom, co jeszcze więcéj uwydatnia się przez obecność wola umieszczonego po lewéj stronie i w środku szyi, wielkości dużego jabłka twardego i przesuwalnego z boku na bok. Głos cichy, chrypliwy, i niewyraźny. Barwa skóry blado ziemista, skóra sucha, cienka, bardzo skąpą ilością tkanki tłuszczowéj podszyta. Ciepłota ciała niepodwyższona, tętno drobne, spokojne, 86 uderzeń na minutę. Język wilgotny, nieznacznie obłożony, błona śluzowa jamy ust blado różowa. Badanie klatki piersiowéj wykazuje: zagęszczenie miąższu płucnego w obydwóch

szczytach, z objawami nieżytu oskrzelowego, tony sercowe czyste ale głuche. Sutki oba miernéj objętości, stożkowate, jędrne, żyły podskórne przeglądają, obwódka brodawek nieco ciemniéj zabarwiona niż włosy, brodawki grube, gruczoły łojowe dobrze zaznaczone, zrazy pojedyncze wyraźne, za uciskiem wydzielają ciecz mętnawą. Brzuch wypuklony, więcéj w kierunku podłużnym, niż poprzecznym, więcéj po stronie lewéj, niż po prawéj, więcéj pod, niż nad pępkiem. Okolica pachwinowa lewa znaczniéj wypuklona przez kiszki zachodzące, gazami rozdęte, okolica pachwinowa prawa płaska. W przegubach pachwinowych i po stronie wewnętrznéj ud, mocne wyprzanie (*venter propendens)*, linija środkowa ledwie zaznaczona do pępka, pępek płaski, nad pachwinami nieznaczne rozstępy świeże w skórze, powłoki brzuszne chude, cienkie, mocno napięte. Nad spojeniem łonowém daje się wybadać guz wychodzący z miednicy małéj, na boki się rozszerzający, więcéj nad pachwiną prawą, niż nad lewą, w dole węższy, w górze szerszy, sięgający górną granicą na dwa palce poniżéj wyrostka mieczykowatego, w linii środkowéj umieszczony, o powierzchni gładkiéj, przy ucisku niebolesny i wyraźnie jędrniejący, z boku na bok wyraźnie przesuwalny. Oddalenie od spojenia łonowego do pępka nad tym guzem wynosi 23cm., do granicy górnéj guza brzusznego 40cm. Bliższe obmacywanie tego guza, odpowiadającego macicy powiększonéj, wykazało w nim nad spojeniem łonowém ciało okrągłe, gładkie, twarde, z boku na bok łatwo przesuwalne, mogące odpowiadać główce płodu dziewięciomiesięcznego; idąc od tego ciała ku górze, dał się wyczuć większy opór po stronie prawéj zakończony ciałem dużém mniéj twardém, mniéj gładkiém i mniéj ruchomém, aniżeli ciało nad spojeniem łonowém, a mogącém odpowiadać pośladkom; po stronie lewéj drobnych części ani ruchów wybadać nie można. Tętno płodu wyraźnie słyszalne po stronie prawéj od linii środkowéj, nieco ku tyłowi i poniżéj pępka. Chełbotanie prawidłowe. Badanie palcem przez pochwę wykazało: Wejście do pochwy dosyć obszerne, błona śluzowa pochwy gładka, rozpulchniona, o ciepłocie prawidłowéj, tylna ściana pochwy

wypuklona przez kał nagromadzony w odbytnicy. Sklepienie przednie dosyć wąskie, płasko wklęsłe, wypuklające się bardzo mało dopiero przy spychaniu guza brzusznego ku dołowi, przez część większą leżącą nad spojeniem łonowém, która odpowiadała przy badaniu poprzedniém główce, część pochwowa na 1 $1/2$ cm. długa, bardzo miękka, w dole węższa, w górze szersza, zbacza więcéj ku przodowi i na stronę lewą; ujście macicy zewnętrzne tworzy otworek okrągły, wielkości groszku, o brzegach zupełnie gładkich, do ujścia zaledwie koniec palca wchodzi. Kość krzyżowa w górze płaska, w dolnéj połowie zakrzywiona, wzgórek kości krzyżowéj sterczy mocno ku miednicy małéj, nisko umieszczony, daje się z łatwością wybadać palcem a wymiar przekątnéj wynosi 7 $1/2$ cm.

Wymiary miednicy są następujące:

1. Wymiar kolcowy (*Dist. spinalis*) wynosi 20cm.
2. Wymiar grzebieniowy (*Dist. cristalis)* 22cm.
3. Wymiar pomiędzy skrętarzami (*Dist. trochanterica*) wynosi 27cm.
4. Wymiar prosty wchodu zewnątrz (*Conjug. externa*) wynosi 15cm.
5. Wymiar prosty wchodu przekątny (*Conjug. diagonalis)* wynosi 7 $1/2$ cm.
6. Wymiar prosty wchodu miednicy (*Conjug. vera*) wynosi 6cm.
7. Obwód miednicy 65cm.

Badanie moczu odprowadzonego czystym cewnikiem elastycznym wykazało: Zabarwienie wino-żółte, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy 1·018, chlorki prawidłowe, fosforany potasowców i ziem prawidłowe, siarkany prawidłowe, ciała aromatyczne w ilości prawidłowéj. Składników nieprawidłowych jak cukru, białka nie wykryto, w osadzie składniki prawidłowe.

Inteligencyja badanéj bardzo niska, gdyż nie zdaje sobie należytéj sprawy ze stanu, w jakim się znajduje, odpowiada leniwie i daje odpowiedzi nie zawsze zrozumiałe, jest obo-

jętną na otoczenie i przeważnie milczy, pomrukując od czasu do czasu podczas badania, czém wyraża swój gniew i niezadowolenie.

Na podstawie powyższego badania przedmiotowego rozpoznano: że osoba ta jest po raz pierwszy w ciąży, położenie płodu jest czaszkowe drugie, nieustalone, płód żyje, a okres ciąży odpowiada początkowi dziesiątego miesiąca księżycowego, nadto przyjęto, że to położenie nieustalone w tak późnym okresie ciąży u pierwiastki pochodzi ze znacznego zwężenia miednicy, co już ze wzrostu i przy badaniu zewnętrzném przypuszczano, wykazawszy z jednéj strony długość ciała bardzo małą, z drugiéj zaś strony brzuch obwisły, główkę wysoko nad wchodem umieszczoną, ruchomą i wypuklającą mocno przednią ścianę macicy ku przodowi, a co zresztą badanie wewnętrzne i badanie miednicy potwierdziło; przy badaniu bowiem przez pochwę znaleziono sklepienie przodkowe wysoko umieszczone, wklęsłe, dolny odcinek macicy również wysoko, a część odpowiadającą główce ruchomą z łatwością ku górze wysunąć się dającą, wzgórek kości krzyżowéj nisko umieszczony i z łatwością dający się palcem dosięgnąć, a wymiar prosty przekątny *(conjugata diagonalis)* długości $7\frac{1}{2}$ cm. Miednica zaś przy mierzeniu okazała się ścieśnioną we wszystkich wymiarach, a głównie w wymiarze prostym wchodu, przyczém wymiar kolcowy był nie o wiele mniejszy od grzebieniowego, co w obec kości krzyżowéj płaskiéj małéj, ku tyłowi odchylonéj, wzgórka kości krzyżowéj mocno do miednicy małéj wystającego, łuku łonowego szerokiego i miednicy w całości niskiéj i smukłéj dozwalało powiedzieć, że miednica ta jest płaską, ogólnie ścieśnioną, krzywiczą.

Jeżeli wreszcie uwzględnimy niski stopień rozwoju władz umysłowych w tak późnym wieku, głupkowaty wyraz twarzy, wól na szyi, czoło szerokie a niskie, nos spłaszczony, głos cichy, niewyraźny, chrypliwy, to musimy dodać, że osoba ta jest matołkiem, nadto jest karlicą, gdyż długość ciała bardzo mała, a szkielet bardzo drobny i budowy krzywiczéj

Co do innych powikłań ciąży, to trzeba uznać za poważny naciek w szczytach płuc.

W obec takiego rozpoznania zadano sobie pytanie, czy poród w danym przypadku jest możebny drogami naturalnemi, czy nie? Zważywszy, że główka płodu ma rozmiary główki płodu prawie donoszonego, wymiary zaś miednicy są znacznie mniejsze, niż prawidłowe i nie odpowiadają wymiarom główki, można było na pewne powiedzieć, że dla tak znacznego niestosunku między wymiarami główki i wymiarami miednicy główka nie zastosuje się do wymiarów miednicy podczas porodu i choćby nawet parta silnemi bólami porodowemi, nie przejdzie w danym przypadku pod żadnym warunkiem przez przewód rodny. Wiemy wprawdzie z doświadczenia, że pomimo niestosunku pomiędzy częścią poprzedzającą a przewodem rodnym, poród skończy się niekiedy siłami natury, ale do tego potrzeba, aby główka płodu była mała, ściśliwa, kości czaszki miękkie, szwy i ciemiona szerokie i aby główka korzystnie wstawiała się do wchodu, miednica zaś była nieznacznie ścieśnioną, lepiéj, jeżeli ścieśnienie dotyczy jednego, a nie wszystkich wymiarów miednicy, bóle porodowe zaś muszą być silne. Jeżeli zatém poród u naszéj kobiety nie może się odbyć siłami natury dla znacznego niestosunku porodowego, to zachodzi pytanie do jakich środków mamy się uciec, aby go zwalczyć?

Znamy dwa działy środków do tego celu służących: 1) Środki zapobiegające wytworzeniu się niestosunku porodowego. 2) Środki zwalczające już wytworzony niestosunek porodowy.

Wywołanie sztuczne poronienia lub porodu przedwczesnego, sąto środki należące do pierwszego działu i mogłyby znaleźć zastósowanie u naszéj chorój, gdyby się była zgłosiła przed dwoma miesiącami; dziś, gdy ciąża dobiega już swego kresu, wywołanie przedwczesnego porodu byłoby leczeniem nieuzasadnionóm. Pozostawał nam tedy cały szereg środków drugiego działu, a tu jak wiemy, należy: wyciąganie płodu za pomocą narzędzi, czyli krótko mówiąc, operacyja kleszczowa i wyciągnięcie płodu za nóżki po dokonanym obrocie.

Jeżeli przypuszczamy, że główka w danym przypadku jest za duża, aby weszła do wchodu, to o operacyi kleszczowéj nie ma co myśleć, według zasad bowiem przyjętych w krakowskiéj szkole położniczéj nie zakłada się kleszczy, jeżeli główka nie jest ustaloną, a tém mniéj, jeżeli leży wysoko nad wchodem. Obrót na nóżki z następowém wyciąganiem płodu również nie byłby usprawiedliwiony w danym przypadku; gdyż, jeżeli istnieje tak znaczny niestosunek w obec główki poprzedzającéj, to takowy może się wprawdzie zmniejszyć, jeżeli główka rodzić się będzie na ostatku, ale w naszym przypadku nie zmniejszy się w takim stopniu, iżby płód mógł się urodzić siłami natury; wydobywanie zaś główki następującéj po obrocie obok miednicy ścieśnionéj, jest jak wiemy, niebezpieczne dla płodu i dla matki. Wydobywanie takie trwa dosyć długo, główka przylega szczelnie do ścian miednicy, ugniata pępowinę i łożysko i przerywa krążenie płodu, w skutek czego płód robi przedwczesne ruchy oddechowe, połyka wodę płodową i dusi się w krótkim czasie, nadto przez silne pociąganie wyciąga się szyjka płodu, pękają więzadła kręgosłupa i następuje śmierć dziecka przez krwotok, naciągnięcie lub rozerwanie rdzenia pacierzowego. Części miękkie matki ulegają przy tym zabiegu mocnemu ugnieceniu, otarciu lub rozdarciu i dają powód nietylko do krwotoków, cięższych spraw zapalnych połogowych, ale mogą stanowić źródło zakażenia. Z tegoto powodu trzymamy się w naszéj szkole téj zasady, że ile razy główka następująca nie przechodzi łatwo przez przewód rodny z powodu zwężenia miednicy, nie pociągamy zbyt silnie płodu dla wydobycia główki, lecz uważamy płód za stracony, czekamy dopóki nie obumrze a wtedy główka miększa zastósuje się łatwiéj do przewodu rodnego i płód albo rodzi się sam, albo wychodzi z łatwością za lekkiém pociąganiem. Tak tedy wymknęły nam się z rąk środki najdzielniejsze, a najłagodniejsze, a pozostałyby tylko cięższe, niebezpieczne dla matki i płodu. Tutaj zaliczamy zmniejszenie płodu i wydobycie go drogą sztuczną.

Ponieważ mamy przed sobą położenie podłużne główkowe, nie możemy użyć innéj metody zmniejszenia płodu, jak zmniejszając główkę przez wymóżdżenie i to główkę sztucznie ustaloną przez powłoki zewnętrzne. Przypuśćmy na razie, żeśmy w naszym przypadku dokonali wymóżdżenia, to przecież nie możemy powiedzieć, żeśmy przez ten zabieg zdołali usunąć już wszystkie zapory porodowe, bo główka zmniejszona przeszłaby może z łatwością, ale barki, których szerokość znacznie większa niż największy wymiar miednicy, stanowiłyby również poważną przeszkodę porodową, po usunięciu któréj wydobylibyśmy wprawdzie płód, ale zawsze nieżywy, matka zatém straciłaby płód, a przewód rodny mógłby uledz znacznemu obrażeniu, które mogłoby ją narazić jeżeli nie na utratę życia, to przynajmniéj na sprawy zapalne długotrwające podczas połogu. Zapytajmy się również, jakież są korzyści dla matki i dziecka, gdybyśmy dokonali rozwiązania drogą sztuczną przez otwarcie jamy brzusznéj. Na to możemy odpowiedzieć, że płód może być urodzony żywy i utrzymany nadal przy życiu, matce zaś grozi niebezpieczeństwo utraty życia z powodu krwotoku i zapalenia otrzewny. Ze względu zatém na płód korzystniejsze byłoby cięcie cesarskie, dla matki zaś jeden i drugi zabieg kryje w sobie równie wielkie niebezpieczeństwo. To téż wybierając z dwojga złego mniejsze, oświadczyliśmy się raczéj za cięciem cesarskiém, niż za wymóżdżeniem. Postanowiono zatém wykonać cięcie cesarskie dla wskazania względnego, bo je mamy wykonać dla ominięcia wymóżdżenia płodu żywego, chociaż cięcie cesarskie nie stanowi w danym przypadku jedynego możliwego sposobu rozwiązania matki.

Są wprawdzie jeszcze dwa inne sposoby ominięcia wymóżdżenia główki płodu żywego, a mianowicie: Cięcie brzuszno-pochwowe (*Gastroelytrotomia*), ale tego zabiegu jak i rozcięcia spojenia łonowego (*Symphyseotomia*) dokonać na naszéj choréj nie mielibyśmy odwagi, gdyż wyniki pierwszego okazały się dotąd niepomyślne, korzyści zaś drugiego nie są większe niż wymóżdżenia; dla tego téż nie pozostaje nam

jak tylko ograniczyć się do krótkiéj o nich wzmianki. Metodę pierwszą dawno zapomnianą, a dopiero w najnowszych czasach przez lekarzy amerykańskich, z Gaillardem Thomasem na czele, wznowioną i obecnie tylko w Ameryce stósowaną, podał Ritgen jako tak zwane cięcie brzuszno-pochwowe (*Gastroelytrotomia*). Polega ona na tém, że przecina się powłoki brzuszne cięciem 15—17 cm. długiém biegnącém równolegle do więzadła Pouparta od kolca przedniego górnego kości biodrowéj do grzebienia kości łonowéj; następnie nie otwierając otrzewny, oddzielamy ją w kierunku ku pochwie tak długo, aż się dostaniemy do bocznéj zewnętrznéj powierzchni pochwy; wtedy wprowadzamy do pochwy palec wskazujący i średni ręki lewéj, rozstawiamy je w pochwie jak najdaléj i wypukliwszy pochwę do rany brzusznéj, przecinamy ją między palcami jak najszerzéj, poczém pomocnik ustawia macicę ciężarną tak, że rana w pochwie odpowiada ranie brzusznéj, a operator wprowadza rękę przez sztucznie otworzoną drogę do macicy i w razie położenia podłużnego główkowego poprzecznego lub ukośnego dokonywa obrotu na nóżki, w razie zaś położenia miednicowego przystępuje wprost do wydobycia płodu, przyczém jako konieczny warunek musi mieć ujście macicy zupełnie rozwarte lub co najmniéj na dwa palce, a brzegi cienkie i podatne. Sam autor, kiedy operował po raz pierwszy tym sposobem, nie mógł wydobyć płodu i był zmuszony otworzyć otrzewnę i macicę, a chora umarła.

Niepomyślne wyniki, jakie jeszcze późniéj otrzymali, sam autor i jego zwolennicy, do których przedewszystkiém należą Physick w Filadelfii i August Baudelocque, nie zjednały téj metodzie prawa obywatelstwa, a cała jéj zaleta polegała chyba na tém, że się nie otwiera jamy otrzewnowéj, co w obec dzisiejszéj antyseptyki nie przedstawia tak wielkiego niebezpieczeństwa, a chorą naraża tylko na śmiertelny krwotok tętnicy podbrzusznéj.

Drugą metodę tak zwaną *symphyseotomie*, t. j. rozcięcie spojenia łonowego, podał Sigault w 1765 r. w tym celu, aby przez oddalenie od siebie kości łonowych rozszerzyć wchód miednicy, a przedewszystkiém wymiar jego prosty i w ten

sposób umożliwić poród główki niepomniejszonéj, pomimo znacznego niestosunku porodowego. Zabieg ten wykonany przez autora po raz pierwszy w r. 1777 okazał się bardzo niebezpieczny i dla tego został zupełnie zaniechany. Dopiero w 100 lat późniéj, bo w r. 1881, spotykamy się z pracą Morisaniego z Neapolu, w któréj podaje, że dokonawszy *symfyseotomii* pięćdziesiąt razy uratował życie czterdziestu matkom, co daje 20% śmiertelności i 41 dzieciom, co wynosi 82% żywo urodzonych w ten sposób dzieci. Metoda ta polega na tém, że cięciem 3—4 cm. długiém przecina się skórę na wzgórku łonowym aż do kości, następnie nożykiem gałkowatym Galbiatego podchodzi się pod dolny brzeg spojenia łonowego i przecina się je od dołu i tyłu ku przodowi i górze. Sposób ten wydawał się za czasów Sigaulta wszystkim niezrozumiałym i bezpodstawnym, zwłaszcza, że takie powagi jak Baudelocque i Osiander dowodziły, że przez oddalenie kości łonowych na 2·7 cm. powiększa się wymiar prosty wchodu zaledwie o $1/2$ cm.; aż dopiero Ahlfeld w naszych czasach sprawę tę wyjaśnił, wykazując że przez rozluźnienie jednego stawu miednicy małéj ulegają zwichnieniu i inne stawy, przez rozcięcie zatém spojenia łonowego muszą ulegać rozluźnieniu również spojenia krzyżowo-biodrowe- przez co pierścień wchodu miednicy obniża się znacznie ku dołowi około osi poprzecznéj, przechodzącéj przez podstawę kości krzyżowéj, przez co wymiar prosty wchodu nie o $1/2$ cm., jak dotąd utrzymywano, lecz średnio o 2 cm. powiększyć się może. Nie będziemy się jednak dziwić, dla czego pomimo świetnych wyników nie chwycono się tego zabiegu skwapliwie, jeżeli uwzględnimy, że rozcięte spojenie łonowe nie zrasta się nigdy za pomocą chrząstki, tylko błoną tkanki łącznéj, przez rozluźnienie stawów w miednicy małéj chód staje się bolesnym i chwiejnym i w końcu, że procent śmiertelności operowanych tym sposobem wynosi 20%, podczas gdy obecnie po wymóżdżeniu umiera średnio 10% matek.

Pozostaje nam jeszcze do rozstrzygnięcia, według jakiéj metody dokonać należało cięcia cesarskiego, skoro nadejdzie po temu odpowiednia pora.

Jak wiadomo mamy 3 sposoby wykonania cięcia cesarskiego: 1) Metodę dawną, 2) metodę według Porry, 3) i według Saengera. Metoda dawna zwana klasyczną albo cięciem brzuszno-macicznėm (*Laparohysterotomia*) datuje się od lat najdawniejszych, zawsze stósowana do czasów najnowszych, obecnie tylko po śmierci matek dla wydobycia płodu bywała wykonywaną dopiero po rozpoczęciu się czynności porodowėj. Polega zaś na tėm, że rozcinano powłoki brzuszne po największėj części w linii środkowėj od spojenia łonowego do pępka, ustawiano macicę, aby jėj linija środkowa leżała w ranie brzusznėj i podczas, gdy pomocnicy przyciskali dokładnie powłoki brzuszne do macicy, aby w ten sposób zapobiedz dostaniu się krwi i wody płodowėj do jamy brzusznėj, przecinał operator ścianę macicy od dna aż do szyjki w linii środkowėj, przyczėm występował bardzo gwałtowny krwotok, potėm chwytał za część dużą płodu leżącą w dnie i wyciągał płód na zewnątrz, zachowując przytėm wszystkie zasady wyciągania płodu ręcznego, wydobywał popłód, tamował krwotok przez nacieranie dna macicy i okłady zimne, a skoro macica była dobrze skurczona, oczyściwszy jamę brzuszną zeszywał powłoki brzuszne. Wyniki z tėj metody były po największėj części niepomyślne, gdyż umierało przeszło 35% kobiet w ten sposób operowanych, a przyczyną śmierci był przedewszystkiėm krwotok z jamy macicy do jamy brzusznėj lub zapalenie otrzewny powstałe w skutek zakażenia podczas operacyi z braku dostatecznego postępowania przeciwgnilnego lub po operacyi w skutek dostania się odchodów połogowych przez ranę w macicy do jamy brzusznėj; wyleczenie zaś następowało zwykle w skutek zrostu przedniėj ściany macicy z powłokami brzusznemi lub jeżeli macica po operacyi przez długi czas była dobrze skurczoną. Jakkolwiek cięcie tą metodą wykonywane uważano za wyrok śmierci dla matki, to przecież stósowano metodę tę przez długi czas, gdyż innėj lepszėj nie znano. Poczęto zatėm przemyśliwać, jakby z jednėj strony zapobiedz krwotokowi, z drugiėj zaś nie dopuścić do wydostania się z macicy odchodów i temuto dążeniu zawdzięczać mamy drugą i trzecią metodę.

Drugą metodę (*Laparohysterectomia*) wykonywaną często jeszcze przed wystąpieniem bolów porodowych, podali w 1876 r. lekarz włoski E. Porro i lekarz amerykański H. Stohrer, jakkolwiek pierwszą myśl tego sposobu podał jeszcze w r. 1763 Dr. Cavallini we Włoszech. Tento ostatni wyciął macicę suce ciężarnéj, a suka zdechła dopiero w 4 dni po operacyi, co dało powód do przypuszczenia, czyby podobnéj operacyi nie można wykonać na kobiecie. Myśli Cavalliniego bronił gorąco Michaelis, twierdząc, że przez ten zabieg będzie można: 1) kobietę zabezpieczyć od ponownego poczęcia; 2) zmniejszyć odczyn pochodzący od macicy rannéj pozostawionéj w jamie brzusznéj. Atoli śmiała ta propozycyja pozostawała przez długie lata bez zastósowania, aż dopiero w r. 1876 Stohrer w Bostonie, a Porro we Włoszech wykonali ją po raz pierwszy praktycznie. Kiedy bowiem po dokonaniu cięcia cesarskiego metodą dawną, pierwszy z powodu włókniaków wypełniających miednicę, ostatni z powodu ścieśnienia miednicy nie mogli utamować krwotoku, wycięli macicę i w ten sposób uratowali matkę od niechybnéj śmierci. Odtąd metoda ta coraz więcéj zaczęła się rozwijać, a do udoskonalenia jéj niemało przyczyniły się doświadczenia na królikach i kotkach, wykonywane przez Fogliatego i Reina w Petersburgu.

Zasadą téj metody jest, że wycina się macicę wraz z jajnikami i więzadłami szerokiemi, przez co usuwa się źródło krwotoku i zakażenia. Dzisiaj wykonywamy wprawdzie zarówno metodę Saengera jak i Porry, ale podczas gdy ta ostatnia jest zabiegiem dla kobiety bezpieczniejszym, czyni ją jednak niezdolną do powtórnego zastąpienia, to cięcie zachowawcze, dające te same wyniki a niepozbawiające kobiety macicy, bywa dla tego obecnie częściéj stósowane, podczas gdy metoda Porry ograniczoną została do następujących tylko przypadków: 1) Jeżeli dla znacznego ścieśnienia lub zabliźnienia szyjki i pochwy odchody połogowe nie mogą swobodnie odpływać z macicy. 2) Jeżeli macica zajęta jest nowotworem złośliwym. 3) Jeżeli podczas porodu rozwinęło się zakaźne zapalenie bł. śluz. macicy (*Endometritis septica*).

W naszym przypadku jakkolwiek nie ma żadnego z powyższych wskazań, postanowiliśmy jednak wykonać cięcie według metody Porry, a to dla tego: aby kobieta ta, znacznie osłabiona i z naciekiem w płucach, znajdująca się w późnym wieku, operowana metodą Porry była narażoną na mniejsze niebezpieczeństwo, zabezpieczona nadal od powtórnego zastąpienia, a tém samém powtórzenia operacyi niebezpiecznéj i nie obdarzała społeczeństwa dziećmi, które zrodzone z matki głupkowatéj i suchotnicy, nie przyniosłyby mu wielkiego pożytku.

Metody téj jako niżéj szczegółowo przedstawionéj, nie będziemy tu bliżéj opisywać, ale przystąpimy do podania szczegółów o metodzie Saengera.

Trzecia metoda jestto cięcie cesarskie modyfikowane lub zachowawcze (*Conservativer Kaiserschnitt)*, podane przez Saengera w Lipsku. Już przed Saengerem pracowało wielu, aby jamę macicy oddzielić od jamy otrzewnéj i w tym celu podawano najrozmaitsze sposoby, z których tylko najważniejsze pozwolimy sobie przytoczyć. W r. 1854 Piloze w Rouen i E. Martin wystąpili z projektem, aby zespoić ranę macicy z brzegami rany brzusznéj, wychodząc z doświadczenia, że w przypadkach cięcia cesarskiego według metody staréj, pomyślnie zakończonych, wyleczenie następowało dla tego, że się zrastała otrzewna przedniéj ściany macicy z przednią ścianą brzuszną. Zabezpieczenie atoli jamy otrzewnowéj w ten sposób okazało się niedostateczne, bo rana macicy oddalała się od powłok brzusznych i rozwierała bez względu, czy szwy były założone silnie, czy nie. Frank zaś radził zespoić więzadła okrągłe w górnéj ich części ze sobą, w dolnéj zaś z powłokami brzusznemi, następnie zeszyć ranę brzuszną, pozostawiając w dole mały otworek dla przeprowadzenia sączka do jamy macicy; w razie pomyślnego wyniku z tego zabiegu pozostawała szeroka blizna między macicą a powłokami brzusznemi, co nie tylko przeszkadzało powiększaniu się macicy podczas następnéj ciąży, ale usposabiało bardzo łatwo do pęknięcia macicy. Inni autorowie przyszli na myśl, aby zespoić szwami brzegi rany w macicy, a pierwszym,

który to radził, był Lauvejat w r. 1733, Lebas zaś pierwszy spróbował szwów w praktyce w 1769 r.

Późniéj radził Spiegelberg zakładać szwy głębokie i płytkie, ale i ten szew okazał się niedostatecznym, bo każdy szew zwolniał z powodu zmieniającéj się wielkości macicy, lub przecinał stłuszczone, a więc kruche ściany macicy, przez co krew dostawała się między brzegi rany, utrudniając rychłozrost tejże. Ztąd zaczęto szukać przyczyny nieudania się szwu w materyjale i podczas gdy jedni radzili użyć jedwabiu, inni, jak Veit, katgutu, to reszta używała ligatur elastycznych powleczonych jedwabiem. Pomimoto rychłozrost należał do rzadkości. W nowszych dopiero czasach zrobiono w tym przedmiocie krok naprzód, skoro zaczęto naśladować szew jelitowy Czernego, a tu największe zasługi położyli Saenger i Kehrer, podając t. zw. podwójny szew macicy, to jest łączący naprzód warstwę mięsną, a potém warstwę otrzewnową. Saenger poszedł nadto daléj, bo dla lepszego zespojenia otrzewny i na szerszéj przestrzeni wycinał z obu stron rany paski warstwy mięsnéj, zespajał ją szwami węzełkowemi, następnie zawija warstwę otrzewnową ku wewnątrz i zespaja ją szwem również węzełkowym. Wykonywając zatém cięcie cesarskie metodą Saengera postępuje się tak: Po rozcięciu powłok brzusznych należy wydobyć macicę na zewnątrz, następnie według rady Müllera zakłada się na część nadpochwową szyjki podwiązkę elastyczną dla wstrzymania krwotoku, poczém przecina się macicę w linii środkowéj; wydobywamy płód i popłód, a zeskrobawszy doczesną posypuje się jamę macicy jodoformem i zakłada szew powyżéj opisany, poczém zapuszcza się macicę do jamy brzusznéj zdjąwszy poprzednio podwiązkę i zaszywa po dokładnéj toalecie jamy otrzewnowéj ranę brzuszną.

W przypadkach, gdzie brzegi otrzewny schodzą się ze sobą dokładnie, zespaja się ją bez poprzedniéj resekcyi mięśnia macicy. Jak dotąd postępowanie to uwieńczone zostało pomyślnemi wynikami i zdaje się, że z czasem będzie ta metoda stósowaną może we wszystkich przypadkach. W naszym przypadku dokonaliśmy cięcia według metody Porry,

a w jaki sposób, to niech wolno mi będzie obecnie przedstawić.

Przystąpiono najpierw do przygotowań do operacyi, a te polegały na podawaniu ciężarnéj środków, czyszczących, jak lawatywy, olejku rącznikowego, stósowanie kąpieli pełnych i nasiadowych dla dokładnego oczyszczenia całego ciała, a przedewszystkiém brzucha i sromu; na obmyciu sali operacyjnéj i sprzętów tam się znajdujących 5% kw. karbolowym, dokładném oczyszczeniu i wygotowaniu w 5% kw. karbolowym narzędzi potrzebnych do operacyi. Do mycia rąk asystujących i operatora użyto sublimatu 1:2000 lub 5% kw. karbolowego. Do okrycia pola operacyjnego przygotowano kompresy, które leżały od 2 miesięcy w 5% kw. karbolowym. Do oczyszczenia rany zewnętrznéj przysposobiono waciki z waty drzewnéj sublimatowéj, które leżały od 1½ miesiąca w 5% kw. karbolowym, a zanurzone podczas operacyi w 3% ciepłym kw. borowym. Ponieważ stwierdzono wypchnięcie na bok i ugniecenie tchawicy, przygotowano się do jéj rozcięcia.

Kiedy dnia 30 listopada po południu zaczęła się ciężarna żalić na bole w krzyżach i dolnéj połowie brzucha, a badanie wykazało rozpoczętą czynność porodową, przystąpiono o godz. 6téj wieczorem w obecności licznego grona lekarzy i słuchaczy do operacyi. Dzięki łaskawemu pozwoleniu obecnego profesora Madurowicza i przy asystencyi Doktorów M. Cerchy, A. Bosowskiego, A. Bukowskiego, R. Sondermayera i K. Piątkiewicza rozpocząłem operacyję po dokładném zachloroformowaniu, odprowadzeniu moczu cewnikiem elastycznym, owinięciu odnóg dolnych dobrze ogrzanemi prześcieradłami i obmyciu całego brzucha kompresem zamaczanym w ciepłym sublimacie w rozczynie 1:2000 od rozcięcia powłok brzusznych w linii środkowéj cięciem około 35 cm. długiém. Powłoki te okazały się tak cienkie, że wkrótce otworzono jamę otrzewnową; w ranie brzusznéj okazała się macica jako guz siny, gładki, połyskujący z żyłami na powierzchni mocno rozszerzonemi, poczém wydobyto macicę zupełnie przed powłoki brzuszne,

które w górnéj połowie za macicą dla powstrzymania wypadających jelit i sieci zespojono trzema szwami jedwabnemi tymczasowemi. Na część nadpochwową macicy założono podwiązkę elastyczną i po obłożeniu macicy w dole ciepłemi kompresami, rozcięto szybko nożykiem gałkowatym w linii środkowéj przednią ścianę macicy od dna aż na 2 palce powyżéj podwiązki, przyczém stwierdzono, że na przedniéj ścianie w miejscu przecięcia przyczepione jest w części łożysko. Część tę odklejono ręką, przebito pęcherz płodowy, a ponieważ pośladki znajdowały się w dnie macicy, uchwycono za nie i wydobyto na zewnątrz płód płci męskiéj lekko omdlały, który zaraz ocucono. Po odcięciu płodu wydobyto łożysko i błony w całości, poczém macica przedtém w ścianach cienka skurczyła się dobrze. Dzięki podwiązce krwotok był nieznaczny. Po usunięciu kompresów przesiąkłych wodą płodową, z któréj nic nie dostało się do jamy brzusznéj, przystąpiono do odcięcia macicy.

Po podwiązaniu grubym jedwabiem po obu stronach więzadeł szerokich poniżéj trąbek i jajników aż do ujścia wewnętrznego macicy, odcięto macicę na 3 palce powyżéj podwiązki, tworząc z pozostałego kikuta klin, którego brzegi zespojono po dokładném oczyszczeniu 5% kw. karbolowym i przyżeganiu termokauterem Paquelina czteropiętrowym szwem ciągłym z katgutu chromowego w kierunku prostym wchodu miednicy. Szypułę po zwolnieniu podwiązki, nigdzie niekrwawiącą, posypano jodoformem i zapuszczono do jamy brzusznéj, którą oczyszczoną dokładnie gąbkami zamaczanemi w 3% ciepłym kw. borowym, zamknięto zespoiwszy otrzewnę szwem katgutowym ciągłym, warstwę mięsną ze skórą 6ma szwami jedwabnemi głębokiemi, skórę zaś powierzchownym szwem kuśnierskim jedwabnym; na to założono opatrunek z gazy jodoformowéj 30%, zamaczanéj w 5% kw. karbolowym, waty karbolizowanéj i uciskowéj opaski flanelowéj. Chora znosiła uśpienie bardzo dobrze, tętno było spokojne (80 uderzeń na minutę) oddech nieco utrudniony, nudności atoli ani wymiotów nie było. Operacyja w całości trwała $1\frac{1}{2}$ godziny, od rozcięcia jamy brzusznéj do wyjęcia popłodu

20 minut. Po operacyi umieszczono chorą w pokoju dobrze ogrzanym, obłożywszy nogi kamionkami napełnionemi wodą ciepłą.

Przebieg po operacyi nie pozostawiał również nic do życzenia. Ciepłota ciała aż do wyjścia chorèj utrzymywała się między 37°—37·5° C., tętno spokojne wahało się między 84—96 na minutę, nudności i wymioty nie wystąpiły ani razu; chora nie żaliła się na żadne bole, brzuch po dwóch dniach znacznie opadł i był przez cały czas miękki i niebolesny.

Mocz odprowadzano cewnikiem przez pierwsze cztery dni, późnièj chora oddawała mocz sama, wiatry odeszły już w 16 godzin po operacyi, stolec zaś pierwszy wystąpił po podaniu olejku rącznikowego dnia piątego i odtąd miewała chora stolce codzień dobrowolnie. Leczenie polegało na podaniu przez pierwsze dni po operacyi nastoju makowcowego pod wieczór i na zmianie opatrunku. Pierwszy raz zmieniono opatrunek dnia ósmego po operacyi, przyczém odjęto szwy głębokie i znaleziono brzegi rany dobrze zespojone, miękkie, niebolesne, niezaczerwienione. Po raz drugi zmieniono w 16 dniu po operacyi i wyjęto szwy powierzchowne jedwabne, aby zaś zapobiedz rozciągnięciu się blizny w miejscu rany, założono kilka pasków przylepca i pozostawiono je aż do dnia 20go po operacyi, poczém założono opaskę brzuszną. Co do pożywienia, podawano przez pierwsze dni rosół, bulion, a od dnia piątego jaja na miękko i winną zupę, a od dnia ósmego dostawała chora mięso. Ponieważ matka była mocno osłabiona i dotknięta naciekiem w szczytach płuc, oddano dziecko do karmienia innéj kobiecie, piersi zaś brzęknące i wydzielające pokarm zabandażowano, po siedmiu dniach zdjęto opaskę i znaleziono piersi miękkie i niebolesne. Wymiary dziecka były następujące: Długość ciała wynosiła 50 cm., ciężar ciała 2·800 gr., wymiar prosty główki 12 cm., wymiar ukośny większy 13 cm., wymiar poprzeczny większy 9 ½ cm. Obwód główki w wymiarze prostym 34 cm. Wynikałoby

ztąd, że płód co do rozwoju odpowiada 9 miesiącom ciąży. Dziecko to oddano w 3 tygodnie po porodzie zupełnie zdrowe na wychowanie na wieś. Matka, któréj odżywienie znacznie się polepszyło, opuściła klinikę wyleczona dnia 4 stycznia 1888 r.

BIBLIOTH. UNIV. JAGELLONICAE